SEÑORA PRESIDENTA.- Queda abierto el acto.

(Es la hora 9 y 15 minutos)

-La Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda da la bienvenida al señor Subsecretario de Salud Pública, doctor Fernández Galeano, y a sus asesores, a quienes les concede el uso de la palabra.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- Gracias, señora Presidenta.

Antes de comenzar, quisiera decir que me acompañan el Director General de Secretaría, economista Daniel Olesker, y el Adjunto de dicha Dirección, escribano Julio Martínez. Asimismo, deseo resaltar que es un gusto para nosotros estar presentes en esta Comisión para informar sobre los artículos del Inciso 12, incluidos en el Mensaje.

Entrando directamente al articulado, me voy a referir, en primer lugar, al artículo 220. Por esta disposición, se crean las Direcciones Departamentales de Salud dentro de la Unidad Ejecutora 070, Dirección General de la Salud. Esta norma establece el organigrama de las Direcciones Departamentales para el conjunto del país.

En razón de que los cargos para Directores Departamentales ya estaban creados, este artículo no tiene significación presupuestal y se ha incluido porque a través de él estamos generando una estructura de descentralización del Ministerio de Salud Pública que apunta a que, una vez producida la descentralización de ASSE -o sea, la separación de la función prestadora de la función de rectoría del Ministerio de Salud Pública-, las Direcciones Departamentales que van a estar en el Ministerio de Salud Pública puedan cumplir con el control de regulación tanto en el sistema público como en el privado.

Pensamos que esta herramienta de las Direcciones Departamentales es muy importante para impulsar planes departamentales de salud y para establecer, con una perspectiva integral, el conjunto de criterios y pautas de control y regulación del funcionamiento de los servicios de salud y de otras áreas en las cuales interviene el Ministerio de Salud Pública.

Esto es cuanto podemos decir de este artículo aunque, por supuesto, estamos a las órdenes ante cualquier pregunta que se desee formular.

El artículo 221 refiere a la apertura de un préstamo para llevar a cabo el proyecto de inversión Nº 901, del Banco Mundial. Fundamentalmente se trata, como dije, de la apertura de un préstamo y, en realidad, las cifras aquí establecidas para el 2008, tanto en lo atinente a las contrapartidas por Rentas Generales como a las de endeudamiento externo, permitirían abrir este préstamo del Banco Mundial, que va a estar en el entorno de los quince a veinte millones de dólares y que tiene tres grandes objetivos.

El primer objetivo es establecer un cambio y una adecuación en las tareas de vigilancia epidemiológica que se adecuen a lo que es la visión que tiene el Ministerio de Salud Pública en dos aspectos: por un lado, la importancia y la jerarquización que le damos, dado el perfil epidemiológico y demográfico de nuestro país, a las enfermedades crónicas no transmisibles -este proyecto está muy focalizado en ese tema- y, por otro, la mejora de la inteligencia sanitaria, como se le suele llamar, es decir, la capacidad de control de anticipación que el sistema de salud tenga para controlar la aparición de estas enfermedades crónicas no transmisibles.

El segundo objetivo tiende a fortalecer el primer nivel de atención en la Administración de Servicios de Salud del Estado para mejorar, justamente, ese cambio de modelo de atención por el cual se está trabajando dentro del Ministerio de Salud Pública y buscar sistemas de promoción de la salud y de vigilancia, que permitan trabajar específicamente sobre temas que tienen una alta carga de mortalidad y de morbilidad, como sucede con las enfermedades crónicas no transmisibles.

En cuanto al artículo 222, por él se pretende lograr el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del Centro de Información y Referencia Nacional de la Red Drogas. Este Centro fue creado por esta Administración y tiene el nombre de “Portal Amarillo”, porque está ubicado en un local que ya tenía esa denominación. Con relación a este tema se plantea la creación de tres cargos y el incremento en los gastos de funcionamiento.

Sobre el “Portal Amarillo”, debo destacar que este Centro trabaja en el área de información a toda la red sanitaria del país en el tema drogas, pero también es un Centro de referencia para trabajar en tres niveles. Uno de ellos es el ambulatorio, es decir, el tratamiento sin internación y orientado a los consumidores problemáticos de drogas así como a sus familiares, en el que hay un comité de recepción, y también se realiza un seguimiento semanal tanto con los consumidores como con las familias. Si bien se ha atendido a algunos adultos, por este lugar han pasado muchos jóvenes y adolescentes, que es la población que, en forma mayoritaria, atiende este Centro.

Otro nivel de atención es el del centro residencial, que funciona como área de internación y, por último, está el centro diurno que, desde el punto de vista estratégico, consideramos que quizá sea el que tiene mayor importancia dado que permite trabajar con esta población y sus familias, tres veces por semana durante seis horas. En estos centros se trabaja en grupos o talleres con la familia y se intenta encontrar rutas de salida a este problema tan prevalente, como es el del consumo problemático de drogas.

Consideramos que a partir del artículo 223 se comienzan a considerar las disposiciones más importantes del Mensaje presupuestal, en lo atinente al Ministerio de Salud Pública. Por el referido artículo, se crea el Centro Uruguayo de Imagenología Molecular, que tiene la característica de ser una persona física de derecho público no estatal sin fines de lucro, y también se establece que la comunicación con el Poder Ejecutivo se llevará a cabo a través del Ministerio de Salud Pública.

Para la creación de este Centro Uruguayo de Imagenología Molecular, que va a trabajar con el PET-ciclotrón -luego haremos una breve reseña de a qué apunta esta tecnología y esta técnica diagnóstica-, se ha trabajado con un equipo interdisciplinario interinstitucional y con una participación importante de expertos a nivel internacional.

Desde la perspectiva de nuestro Ministerio y de todo el Poder Ejecutivo, este Centro Uruguayo de Imagenología Molecular complementa, de manera sustantiva, el avance que el país ya ha hecho en materia de desarrollo científico y técnico con el Instituto Pasteur en el área de investigación básica y aplicada, pero también dando respuestas concretas muy importantes en lo relativo al diagnóstico precoz y la prevención de asistencia, tanto para el subsector de atención de Salud Pública como para el subsector privado.

Junto a nuestro Ministerio, y con un papel protagónico, se han incorporado a este proyecto los Ministerios de Industria, Energía y Minería y de Economía y Finanzas, así como la Universidad de la República a través de las Facultades de Química, Medicina, Ciencias e Ingeniería. Ha tenido un papel muy importante -y queremos destacarlo, como ya lo hizo la señora Ministra en su comparecencia en la Comisión de la Cámara de Diputados- el señor Vicepresidente del Tribunal de Cuentas, doctor Carlos Guariglia, y también queremos resaltar la participación del científico e investigador uruguayo Henry Engler que, con la conexión con la Universidad de Upsala, del Reino de Suecia, fue incansable y esforzado actor en la promoción de esta iniciativa y de la coordinación con el Instituto Pasteur y con otros científicos uruguayos.

Este Centro Uruguayo de Imagenología Molecular va a colocar al país en condiciones de contar con una técnica diagnóstica avanzada y precisa, de alto grado de especificidad, en los campos de la oncología, la neurología y la cardiología. Se trata de una técnica que aplica el diagnóstico por imágenes con radiofármacos emisores de positrones, y sirve tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, especialmente, como decíamos, en las áreas del cáncer y de las enfermedades neurológicas crónicas degenerativas. Además permite -esta es una aplicación de enorme importancia- la investigación de nuevas sustancias y medicamentos.

El proyecto requiere de un equipamiento de última generación. Para decirlo rápidamente, se trata de un equipamiento que tiene un estado de desarrollo y de generalización en los últimos diez años, aunque en realidad hay trabajos desde la década del setenta.

El PET -que es la sigla en inglés de tomografía por emisión de positrones- necesita de un ciclotrón, que es un acelerador de partículas de alta energía, y dos cámaras para tomografías que permiten, mediante emisión de positrones, llegar a una técnica no invasiva capaz de medir, básicamente, la actividad metabólica de distintos órganos y tejidos. Se trata de una técnica de imagen tridimensional que brinda información tanto a nivel metabólico como bioquímico y molecular sobre cómo funcionan distintos órganos y tejidos, lo cual permite en muchos casos, a través de algunos indicadores, hacer diagnósticos en materia de cáncer, tanto de la gravedad como de la evolución y el pronóstico, de manera que representa un avance muy importante en este plano.

Además, tiene una aplicación bien significativa en enfermedades neurodegenerativas, como Alzheimer y Parkinson -esta es el área en la que ha trabajado particularmente el doctor Henry Engler- y también tiene aplicación en el tema de enfermedades cardiovasculares. Las aplicaciones mayores de PET-ciclotrón son en oncología, donde estamos hablando de un 80%; las aplicaciones neurológicas y cardiovasculares tienen un desarrollo menor, del orden del 20%.

En realidad, si consideramos el tema del PET-ciclotrón en la situación uruguaya, creo que hay tres elementos de enorme significación. El primero de ellos es el perfil demográfico y epidemiológico del Uruguay. Nuestro país, con la proyección de crecimiento de la población mayor de 65 años, ha completado lo que se llama la transición demográfica y epidemiológica; tiene una carga de morbilidad, de enfermedad y de muerte por cáncer y enfermedades neurodegenerativas muy importante así como, obviamente, por enfermedades cardiovasculares, que son la primera causa de muerte. De manera que para nuestro país es muy importante la posibilidad de contar con este tipo de equipamiento y con la formación de recursos humanos en esta área.

En segundo lugar, queremos destacar que nuestro país tiene ya investigadores de alto nivel de calificación. La propia instalación en el país del Instituto Pasteur constituye una oportunidad muy grande a los efectos del desarrollo de este proyecto. Asimismo -y lo queremos decir con total claridad-, nos parece muy importante señalar que la incorporación de técnicas diagnósticas que son, naturalmente, de alta complejidad y también de alto costo, requiere que se implementen en el sector público, garantizando uno de los elementos fundamentales que tiene la incorporación de tecnología en el país, que es permitir la democratización del acceso de los profesionales jóvenes, de universitarios jóvenes, a técnicas nuevas que van a ocupar buena parte de la perspectiva de la medicina en los próximos años.

En tercer lugar, creo que esto también tiene una enorme significación desde el punto de vista regional por los aspectos que tienen que ver con los objetivos concretos que tiene el proyecto de imagenología molecular y por lo que puede hacer el país en materia de investigación de fármacos, para lo cual también el PET tiene una aplicación muy importante.

Básicamente, esta es la justificación técnica, política y estratégica para la creación de este Centro Uruguayo de Imagenología Molecular, que está definida en el artículo 223.

En el artículo 224 se plantea el tema de la constitución de los órganos que servirán como herramientas para la gestión del Centro Uruguayo de Imagenología Molecular. En este aspecto, está planteada la creación de un cargo de Director General, designado por el Poder Ejecutivo, que sería el único cargo remunerado en la parte de conducción del Centro, ya que estaría acompañado por un Consejo Honorario de Administración y Coordinación Académica. Quiero repetir que la Universidad está fuertemente implicada en este proyecto, a través de las Facultades de Ciencias, de Medicina, de Química y de Ingeniería. Asimismo, está planteado que este Consejo Honorario de Administración y Coordinación Académica esté integrado por cinco miembros: un Director General, un representante del Ministerio de Salud Pública, un representante de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación, un representante de la Universidad de la República y un representante de la Universidad de Upsala que, como decíamos antes, ha sido uno de los lugares donde se han hecho los desarrollos más avanzados de la aplicación del PET,

donde se ha diseminado hacia el mundo la aplicación de esta técnica y donde tiene un papel muy importante el investigador uruguayo Henry Engler. Se prevé que esta Comisión Honoraria -que tendrá una figura jurídica pública no estatal- tenga una duración de tres años y que las personas que la integren no sean beneficiarias de los programas ni utilicen los equipamientos del Centro Uruguayo de Imagenología Molecular.

También se establecen cuáles van a ser las competencias de esta Comisión Honoraria de Administración y Coordinación Académica. Destaco, en este punto, que se ha buscado que, dada la intersectorialidad y la interinstitucionalidad que tiene este proyecto, este Centro cuente con una administración independiente, autónoma, que le permita tener la capacidad de vender servicios. La idea es que dados los correlativos altos costos que tiene esta técnica, es muy importante que también tenga un financiamiento, estando abierto a los prestadores públicos y privados, en lo que tiene que ver con el seguimiento y monitoreo de rutina, en lo asistencial, tomando en cuenta las aplicaciones que el PET tiene en materia de evaluación de resultados de medicamentos. Esta es una aplicación muy importante y por eso dentro del esquema hay un laboratorio preclínico y un pequeño micro PET, que va a ser aplicable a animales, para todo lo que tiene que ver con investigación clínica, en lo que reviste una enorme importancia este tipo de tecnología y de desarrollo.

Por el artículo 225 se establecen los recursos con los que se va a financiar el Centro Uruguayo de Imagenología Molecular y, como dije anteriormente, junto con las partidas presupuestales, las donaciones y las partidas de instituciones que integran la Comisión Honoraria, también se plantea la venta de servicios. En este artículo de los recursos económicos se prevén, además, los controles por parte del Tribunal de Cuentas y del Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio de lo que establezca la Auditoría Interna de la Nación. Asimismo, se fija la exoneración de los tributos nacionales con excepción de los aportes al Banco de Previsión Social.

El artículo 226 establece la conformación del equipo básico. En cuanto al desarrollo de los recursos humanos para el PET -que seguramente será gradual- se establecen con total claridad dos conceptos que me parecen importantes a la hora de analizar estos diseños de nuevas estructuras institucionales. Me refiero a los concursos de oposición, de méritos o, eventualmente, de oposición y méritos y el hecho de que quienes se integren este Centro Uruguayo de Imagenología Molecular lo hagan por un período de cinco años, lo que permitirá -como mencionamos anteriormente- que en estos lugares que genera el Estado se democratice el aprendizaje, elemento que consideramos de enorme importancia.

En lo referente al financiamiento del Centro Uruguayo de Imagenología Molecular, en el artículo 282, dentro del Inciso 21, “Subsidios y Subvenciones”, se fijan US$ 2:000.000 para la primera etapa de puesta en marcha de este Centro.

Para terminar con esta sumaria presentación de los artículos que están a consideración de la Comisión, quiero decir que aparte del tema PET-ciclotrón y del Centro Uruguayo de Imagenología Molecular, por el artículo 227 se establece la facultad expresa de que el Ministerio de Salud Pública -al igual que se dispone para otros Ministerios como el del Interior- pueda construir, reformar o tener intervenciones en los 280.000 metros cuadrados de planta física que tiene la Administración de Servicios de Salud del Estado, a través del sistema de concesión de obra pública.

Es cuanto quería manifestar con referencia a los artículos que integran nuestro Inciso y quedo a las órdenes para contestar las preguntas o consultas que los señores Senadores quieran realizar.

SEÑOR ANTIA.- En cuanto a este mecanismo que se introduce en esta Rendición de Cuentas, de concesión de obra pública, que es algo novedoso, me gustaría saber en qué proyecto concreto está pensando el Ministerio de Salud Pública. Creo que este es un artículo global, pero seguramente debe apuntar a una línea de trabajo en ese sentido.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- Efectivamente, nosotros tenemos un plan de desarrollo de los centros de salud hospitalarios y también de primer nivel de asistencia, porque en muchas ocasiones se requieren

mecanismos de financiamiento complementarios -no exclusivos- a los presupuestales. Como dije anteriormente, tenemos una planta física muy extendida que en muchos casos se debe racionalizar porque el Ministerio de Salud Pública no ha construido en función del diseño de desarrollo de atención a la salud. En ese sentido, jerarquizamos la construcción de centros de atención primaria de salud en departamentos en los que la atención a la salud no llega por no existir las estructuras necesarias. Sería muy extensa la lista de lugares en los que se ha hecho un relevamiento de las necesidades y, además, no siempre se trata de construir hospitales sino que muchas veces lo que se precisa es construir una red asistencial que llegue a rincones donde no existe. En ese caso serían obras de carácter menor y, probablemente, para esto se destinen los recursos presupuestales del Ministerio de Salud Pública. Lo que se quiere es que algunos centros hospitalarios del interior del país, y también de Montevideo, puedan tener jerarquización.

Al respecto, pediría al economista Olesker que haga referencia a las prioridades de los centros en el interior.

SEÑOR OLESKER.- Obviamente, es la primera vez que el Ministerio de Salud Pública tiene la posibilidad de utilizar este mecanismo de concesión de obra pública. Los sistemas de concesión requieren contrapartidas, que en el caso de Salud Pública hay que estudiar cuáles van a ser. De todos modos, hay experiencias en el mundo, como las de Gran Bretaña y de Israel, que han encontrado mecanismos para hacerlo.

Si bien es mucho más sencillo pensarlo en el caso de una carretera que en la de un hospital, estas dos experiencias que estamos estudiando han encontrado la forma de hacerlo viable. Lo cierto es que tenemos esta posibilidad, que usaremos o no de acuerdo a cómo podamos compatibilizar esas experiencias.

En cuanto al diseño de estructuras, tenemos dos prioridades en las que queremos comenzar a avanzar en este período presupuestal: el nuevo hospital de Colonia y el hospital de Santa Lucía. Este artículo nos habilita a hacerlos y estamos estudiando en qué medida esta nueva forma de construir, novedosa para el país, es viable.

SEÑOR HEBER.- Deseo hacer un comentario en la misma dirección que el señor Senador ANTIA. ¡Bienvenidos! ¡Me parece bárbaro que se utilice la concesión de obra pública! ¡Por fin empezamos a cambiar un poco los parámetros y los preconceptos! Creo que es muy bueno utilizar el capital privado para los fines que el Estado tiene. Incluso, se puede hacer con el régimen de “leasing” a fin de poder llevarlo a cabo durante más de un Presupuesto.

Espero que esto sea parte de la nueva discusión que tenemos en el Parlamento y en el país, porque las cosas van a ir mejor si nos quitan menos a los uruguayos. Si no contamos con el dinero necesario para hacer los hospitales, bienvenido el régimen de concesión, que puede ser la mejor herramienta a ser utilizada.

En definitiva, se trata de la construcción de un hospital en Colonia y de otro en Santa Lucía; no sé cómo se puede hacer para el caso de los hospitales que necesitan refacciones, porque es más difícil utilizar este régimen. Quizás con la imaginación que sabemos que existe en el Ministerio, podamos encontrar la forma de generar los mayores niveles de inversión que precisamos en muchos hospitales del interior.

Reitero que me parece muy buena la propuesta del Ministerio y la vamos a acompañar con mucho gusto.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- Con el mayor de los respetos, no se trata de un problema de imaginación. El economista Olesker planteaba que, como se trata de concesión de obra pública para una planta física prestadora de servicios, se requiere de una adecuación muy importante al tipo de estructura que se va a hacer. Lo que pretendemos por este artículo es la posibilidad de tener esto y, eventualmente, dentro de las prioridades que tenemos -dentro de las mayores prioridades no hablamos de todo lo que hay que hacer,

sino de lo que requiere mayor urgencia- sin duda que a Colonia hay que darle una rápida respuesta. Sin embargo, tenemos que hacer una evaluación de este mecanismo y ver si es adecuado a las características de control. Tenemos que implementar la aplicación que todavía no hemos hecho, más allá de la imaginación que no queremos perder.

SEÑOR VAILLANT.- A título de comentario, creo que el señor Senador comete un error cuando dice que por la vía de concesión de obra pública nos estaremos favoreciendo los uruguayos y que significará menos erogación de nuestros bolsillos, porque si los hospitales se construyen, finalmente terminaremos pagando los uruguayos. El problema que tenemos que enfrentar no es el de una menor carga sobre la sociedad, porque seremos los uruguayos los que pagaremos la construcción de los hospitales; el problema es el enorme endeudamiento que hemos recibido como Gobierno, que nos obliga a buscar fuentes de financiamiento no tradicionales y, entonces, aparece la concesión de obra pública, que es una de las pocas alternativas que quedan para enfrentar el alto endeudamiento que el país tiene, y no una forma de abaratar costos ni de disminuir la carga del bolsillo de los uruguayos.

SEÑOR HEBER.- No voy a discutir con el señor Senador Vaillant sobre los costos; eso dependerá de los números que hagamos, en función de las necesidades. Considero que es una buena inversión contar con los hospitales ya, y si no tenemos el dinero, deja de ser un costo social importante. De todos modos, ahora dejaremos eso de lado.

Quería preguntarle al Subsecretario algo que no tiene que ver directamente con su Cartera, aunque en cierta forma sí está relacionado. En la Rendición de Cuentas está planteada la mudanza de la Presidencia de la República a la Plaza Independencia, al Palacio Estévez y para la tarea ejecutiva al antiguo edificio del Poder Judicial. Se ha dicho -no sé si es cierto porque no tuve oportunidad de preguntárselo al Presidente- que se busca transformar lo que actualmente es el Edificio Libertad en un hospital y quisiera saber si esto lo ha evaluado el Ministerio o si lo está evaluando. También quisiera saber si habría que hacer una gran inversión y si eso le interesa al Ministerio. Quisiera que se me informara si el tema está en una etapa embrionaria o si se ha avanzado en cuanto a definiciones sobre un centro hospitalario importante, en un enclave que, desde el punto de vista de los accesos, también es muy importante. Quizás el edificio no sea el adecuado, pues es un bunker que se construyó en la dictadura y dista mucho de adecuarse a una estructura hospitalaria. Concretamente, quisiera saber si se está pensando en eso o si se trata de un tema sobre el que todavía no se ha tomado una decisión al respecto.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- En primer lugar, voy a pedir autorización para que el economista Olesker se retire, debido a que tiene tareas en el interior.

Contestando las preguntas del señor Senador Heber, efectivamente, desde el momento en que fue anunciado por el Presidente de la República, el tema de reorientar la utilización del Edificio Libertad pasó a formar parte de la agenda de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

La idea que existe con el proceso de descentralización de ASSE, más allá de que se produzcan las obras de reacondicionamiento, es que en ese lugar funcione la administración de ASSE -en los pisos superiores-, y adecuar la planta baja y, eventualmente, algún otro piso, para el desarrollo de un hospital general. Se está planteando, fundamentalmente, trasladar a ese lugar al Hospital Filtro y se está pensando en la creación de un centro de traumatología; pero todo el diseño está supeditado al armado de una propuesta que tiene que ver con la propia ubicación de ASSE que, naturalmente, ahora está dentro de la estructura del Ministerio de Salud Pública. Por tanto, pensamos que para que opere con autonomía, es bueno que tenga una ubicación fuera del casco central del Ministerio, con lo cual va a quedar físicamente separada la función de rectoría de éste, de la que tiene una institución prestadora estatal como ASSE, que creemos es importante.

Como decía el señor Senador, por el lugar geográfico en que se encuentra este edificio -todos sabemos que, en su momento, tenía otro destino- y por los accesos que tiene, es posible manejar allí alguna respuesta de tipo general, en cuanto a la coordinación, complementación y fortalecimiento en la red asistencial del país, en lo que tiene que ver con una puerta de emergencia potente y con un centro de traumatología que pueda realmente dar respuestas desde el punto de vista sanitario.

SEÑOR LONG.- En primer lugar, quiero saludar a la delegación del Ministerio de Salud Pública que nos visita en la mañana de hoy.

En segundo término, más que preguntar sobre los artículos que tienen que ver con lo que recién se explicitara y que los compañeros de la Comisión de Salud Pública están en mejores condiciones para hacerlo, quiero plantear mi enorme preocupación sobre un artículo que, en realidad, está incluido dentro del Ministerio de Desarrollo Social, que es el Inciso que recibiremos a continuación. Dicho artículo tiene que ver con una función que se le quita al Ministerio de Salud Pública; me estoy refiriendo al artículo 246.

Creo que este hecho constituye un gravísimo error y un notorio retroceso en el tema vinculado a las personas con discapacidades. El inciso primero del artículo 246 habla de un Programa Nacional de Discapacidad en el cual se agrupan ciertos centros de rehabilitación. Me merece enormes dudas el hecho de que esos centros de rehabilitación pasen de la órbita del Ministerio de Salud Pública a la del Ministerio de Desarrollo Social, ya que considero que ese proceso de rehabilitación va a tener muchísimo menos respaldo técnico.

Estimo que mucho más grave es el segundo inciso, porque la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado, que en la actualidad figura como funcionando en la jurisdicción del Ministerio de Salud Pública -en la Ley Nº 16.095 y en el proyecto de ley que está en vías de aprobación y que tiene media sanción, se recoge la misma definición- ahora, por este inciso, pasará a funcionar en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social.

En primer lugar, quiero hacer referencia al tema de la órbita. Aquí estuvo el Secretario de la Presidencia de la República, el doctor Gonzalo Fernández, y dijo que era un verdadero mamarracho seguir hablando de órbitas e, incluso, tuvimos un intercambio jocoso. Ahora reaparece la expresión “órbita” en este inciso, lo cual muestra un problema importante de redacción y coordinación.

Justamente, aquí llega el señor Senador Korzeniak, quien verá cómo se están “orbitando” nuevos elementos; además, este era un elemento que antes no orbitaba, lo que empeora la situación.

Lo grave es el pasaje de este artículo del Ministerio de Salud Pública al de Desarrollo Social, porque en lo que respecta a este tema de las personas con discapacidad, todos estamos haciendo un esfuerzo -lo mismo sucede con la ley que elaboró la Comisión en el Senado, con muchísimo trabajo- para llevarlo a un mayor grado de tecnificación que, precisamente, entendíamos la daba el Ministerio de Salud Pública que no sólo tiene una estructura al respecto, sino también un dominio técnico de este asunto a fin de resolver las diferentes situaciones. Incluso en el artículo 31 de la ley vigente, la Nº 16.095, se dice que el Ministerio de Salud Pública, en acuerdo con la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado, llevará a cabo una serie de funciones, de las que sólo voy a mencionar dos para que se vea la complejidad -y por ende, la barbaridad- de pasar esto a la órbita del Ministerio de Desarrollo Social. Las funciones que se mencionan allí son, por ejemplo, las que dicen: “A) desarrollará dentro de su Programa de Rehabilitación Médica un subprograma a través del cual se habiliten en los hospitales de su jurisdicción, considerando su grado de complejidad y áreas de influencia, servicios especializados de rehabilitación médica, destinados a las personas discapacitadas”. Como se ve, es un tema de alta complejidad y especialización.

En la literal b) se establece: “Creará servicios de terapia ocupacional y talleres protegidos terapéuticos y tendrá a su cargo su habilitación, registro y supervisión”. Es obvio que esto no lo puede hacer otro que no sea el Ministerio de Salud Pública. Además, se dice que certificará la existencia de discapacidad, su naturaleza y su grado. La certificación que se expida justificará plenamente la discapacidad en todos los casos en que sea necesario invocarlo. Esto implica al Ministerio de Salud Pública y a la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado.

Podría seguir mencionando ejemplos de este tipo, porque también se habla del diagnóstico de la discapacidad, lo que demuestra que son todas funciones que están directamente vinculadas al tema de Salud Pública. Por otro lado, existe el concepto, que la Comisión manejó luego de trabajar mucho la idea, de que, en general, se tienda a que todos aquellos temas delicados como, por ejemplo, la certificación para

ciertos casos que tienen que ver con prestaciones que brinda el Banco de Previsión Social, la fórmula se integre con el Ministerio de Salud Pública en coordinación con la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado. Creo que este es el rumbo hacia donde va el tema y entiendo que está bien que así suceda; en cambio esto es un retroceso que no entendemos cómo se puede justificar. Reitero que si bien este asunto se encuentra dentro del Ministerio de Desarrollo Social, es fundamental la opinión del Ministerio de Salud Pública.

SEÑORA DALMAS.- Creo que, en realidad, es muy difícil de comprender -sin perjuicio de lo que al respecto pueda opinar el Ministerio de Salud Pública-, en términos globales de gobierno, lo que ha significado la creación del Ministerio de Desarrollo Social, que es en sí mismo un Ministerio coordinador e interinstitucional por excelencia. Así también lo es el problema de las personas con discapacidad. En el transcurso del trabajo para confeccionar la ley que también compartimos con el señor Senador Long, hemos visto cómo este tema tiene relación en muy alto grado con el Ministerio de Salud Pública, pero también en gran medida con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y hasta con el Ministerio de Economía y Finanzas por el tema de exoneraciones tributarias, o incluso con los Gobiernos Municipales. Es decir que el hecho de que el Programa Nacional de Discapacidad esté en el Ministerio de Desarrollo Social por esta propuesta no es antojadizo ni extraño porque, como dije, es un Ministerio coordinador de políticas sociales. Esto no va a impedir que para aquello que se exige la certificación del Ministerio de Salud Pública, se continúe exigiéndola. Lo mismo sucede con algunos cometidos de otros Ministerios.

Por eso, me parece que no es un retroceso sino, por el contrario, un avance, si bien me parece que nosotros, que hemos pasado por esa situación, tenemos que acostumbrarnos, adecuarnos, a la idea de qué funciones cumple el Ministerio de Desarrollo Social. Al respecto, puedo poner un ejemplo muy terrenal de este mismo Presupuesto. El Ministerio de Desarrollo Social tiene aspectos de acción, en el año 2007, que se reflejan en el Presupuesto del Ministerio de Salud Pública, en el de ANEP, en el del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, etcétera; en sí mismo, es un órgano coordinador.

Entonces, creo firmemente que aquello que implica una certificación médica o del Ministerio de Salud Pública, por el grado de profesionalidad que ello exige, seguirá siendo realizada por dicho Ministerio, así como los otros aspectos serán certificados o resueltos por las demás Carteras, y el Ministerio de Desarrollo Social es el que coordina todas estas políticas.

Por eso, me parece interesante la propuesta del cambio de la situación orgánica de la Comisión Honoraria.

SEÑOR LONG.- Sin perjuicio de la acotación realizada por la señora Senadora Dalmás, creo que, en la práctica, estamos estableciendo un nuevo escalón y burocratizando el tema. Digo esto porque la mayor parte de estas funciones no las va a poder cumplir el Ministerio de Desarrollo Social por lo que, entonces, las va a tener que canalizar a través del Ministerio de Salud Pública con lo cual, a efectos de la aplicación práctica, vamos a estar agregando, reitero, un escalón más.

Asimismo, creo que lo que termina sucediendo en estos casos es que el Ministerio de Desarrollo Social no deja de ser un Ministerio -por más que hoy en día la idea es que sea un organismo coordinador-, por lo que va a ir definiendo sus propias políticas y criterios, cuando el que debe definir esto, a mi juicio, es el Ministerio que está más cercano al problema y, por ello, en mejores condiciones de dar respuestas, que es el de Salud Pública.

Por otra parte, cuando trabajamos en la Comisión, siempre tomamos en consideración que debíamos orientarnos hacia el Ministerio de Salud Pública, porque era el que nos daba el mayor respaldo técnico en temas sumamente delicados, de los que ni siquiera los Legisladores estamos en condiciones más que de establecer los marcos de decisión, ya que son asuntos propios de médicos o de especialistas.

Sin embargo, ahora le ponemos arriba -por más que entienda lo que dice la señora Senadora Dalmás en el sentido de que hay un nivel de coordinación- un Ministerio entre cuyas competencias no está, en absoluto, dominar estos temas, por lo que en la mayor parte de los casos, los recibirá, los trasladará y

buscará efectuar las coordinaciones pertinentes. En definitiva, creo que estamos complicando un tema que, en el país, ya está complicado. Digo esto porque todos sabemos lo lento que se avanza en este tema y me parece que con agregarle una nueva dificultad no ganamos nada.

Reitero que, en mi opinión, esto implica un notorio perjuicio, pero me gustaría conocer la opinión del Ministerio de Salud Pública al respecto.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- En primer lugar, creo que esta modificación en la radicación del ámbito en el que va a funcionar la Comisión Honoraria responde, básicamente, a dos grandes cambios que está promoviendo esta Administración. El primero de ellos, al que hacía referencia la señora Senadora Dalmás, tiene que ver con una nueva concepción de las políticas sociales y de la discapacidad. En lo que me es personal, suscribiría todo lo que dijo la señora Senadora, pero me voy a extender en este aspecto.

El segundo cambio -que quiero desarrollarlo ahora- tiene que ver con el nuevo rol del Ministerio de Salud Pública, en el marco de la reforma del sistema de salud.

La reforma del sistema sanitario está planteada con mucha claridad dado que todos los aspectos de prestación de servicios, muchos de los cuales están directamente ligados a la referencia que hacía el señor Senador Long en cuanto a prestaciones asistenciales, van a estar en un organismo descentralizado, prestador, autónomo del Ministerio de Salud Pública. Lo que va a quedar en el campo del Ministerio de Salud Pública es la tarea nada menor -habida cuenta de las grandes debilidades que hemos tenido en el país con respecto a este tema- de las funciones de rectoría y de control. Naturalmente, esto hace que cuando pensemos en las tareas del Ministerio de Salud Pública, tengamos muy claramente diferenciado lo que son las funciones de rectoría, de control, de regulación, de administración y de armonización del conjunto del sistema, de las funciones de prestación.

Por otro lado, pensando desde un punto de vista asistencial, las políticas dirigidas a la discapacidad -tema de enorme importancia en nuestro país- no sólo son las que debe prestar el sector público, porque en ese caso estaremos pensando en políticas de respuesta a la discapacidad en el sector público y no en el sector privado, que es una gran asignatura pendiente. Entonces, aquí se trata de pensar en los prestadores y de cómo deben funcionar los sistemas de salud dentro de una lógica moderna y adecuada, con su financiamiento, estableciendo normas, pautas y protocolos que van a fijar los organismos que establecen las políticas.

Por lo tanto, hay una explicación desde la perspectiva de la reforma sanitaria para que este tipo de radicación o de obrar en otros campos, esté fundamentado. Ahora bien, esto no se lleva a cabo en cualquier área. El país está dando otro salto, que es el de integrar orgánica, funcional y programáticamente sus políticas públicas. En el tema de la discapacidad, sin duda que hay componentes médicos y asistenciales muy fuertes, pero no cabe duda de que, aun interviniendo de la mejor manera en esos planes asistenciales desde el punto de vista sanitario, hay una cantidad enorme de problemas -sé que el señor Senador Long los conoce- que tienen que ver con la inclusión y desarrollo social del discapacitado y su capacitación en el área laboral. Lo digo porque siempre que pensamos en qué ámbito colocamos una función, tenemos que ver qué es lo que se pierde y qué lo que se gana.

Creo que si hay una gran ausencia en el tema de las políticas de discapacidad, se pierde la oportunidad de pensar estos temas en cuanto a integración social, desarrollo social, desarrollo humano y en temas que notoriamente no están dentro de las competencias actuales ni de las que proyectamos para el Ministerio, que son las de pensar cómo funcionan, en conjunto, estos asuntos. Naturalmente, esto se tiene que hacer y siempre puede suceder que pensemos en esto como un escalón o como una gran oportunidad; son dos maneras de verlo.

Sin duda que toda la reforma de un organigrama es una condición necesaria, pero no suficiente. Se puede cambiar un organigrama, pero si hay aspectos que no se cumplen, por ejemplo, los programas, las personas que los dirigen o los costos, no se resuelve el problema. Es diferente si pensamos en la lógica de integrar en el Ministerio de Desarrollo Social -como decía la señora Senadora Dalmás- un conjunto de

políticas compensatorias -y lo digo explícitamente- de discriminación positiva hacia poblaciones vulnerables y en el eje de relacionar las prestaciones sociales con políticas que el país aún no tiene, y no tenía, aunque parece lógico contar con ellas para lo que precisaremos contar con el presupuesto necesario.

No sabía -y lo digo con franqueza- que íbamos a tratar este tema de la discapacidad, pero pensemos en qué lugar están las políticas de discapacidad en el mundo. Siempre ha sido motivo de discusión -y todos los países lo han resuelto de manera diferente- si hay que colocarlas en ministerios de desarrollo social amplios. Hay lugares donde la salud se encuentra dentro del tema del desarrollo social, o sea que ese problema se resuelve como un componente de ese ámbito -no proponemos que en nuestro país ese sea el método, por una serie de razones que no vienen al caso-, pero hay otros que llevan adelante políticas donde los temas de salud están efectivamente dirigidos por organismos de salud.

El señor Senador Long ha expresado una preocupación que comparto, pero quiero aclarar que el hecho de que la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado y el conjunto de servicios dependiente de ella pasen al Ministerio de Desarrollo Social, no quita en un ápice todas las competencias que tiene el Estado y que ejerce a través de ASSE y del Ministerio de Salud Pública en materia asistencial. Tampoco afecta la atención que tendrán que brindar las instituciones privadas a las personas discapacitadas o con capacidades diferentes.

Sin duda, esto es materia opinable pero, en cualquier caso, esta propuesta no deviene -seguramente también se referirán al tema los representantes del Ministerio de Desarrollo Social cuando comparezcan- de una improvisación y el Ministerio de Salud Pública no busca deshacerse del tema; se trata de pensar en las políticas de discapacidad y determinar cuáles son las asignaturas pendientes que tenemos que abarcar en materia de protección social.

Alguien podría decir que todo esto tiene que hacerlo el Ministerio de Salud Pública, pero también podría decirse -y es lo que pensamos nosotros- que nuestra Cartera tiene que tratar de concentrar su intervención en los temas que tienen que ver con la atención a la salud, integrada -como lo está- a una herramienta que ha jugado un papel muy importante, como es el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Este Consejo es un organismo operativo del Gabinete Social, ámbito en el que se están estableciendo las coordinaciones a la hora de pensar en políticas públicas con un grado de interrelación, de conexión y de potenciación. Se trata de un escalón más para los aspectos asistenciales, pero en lo personal tengo otra visión y digo que esta es una oportunidad para que estos aspectos estén acompañados de un diseño de políticas públicas -tal como aparece en la Ley de Discapacidad-, dado que no se encuentran dentro de las competencias principales del Ministerio de Salud Pública.

A su vez, entiendo que una reforma del Estado -es la forma en que veo estos cambios- debe apuntar a encontrar la forma de coordinar políticas públicas de una manera más integrada e integral.

SEÑOR LONG.- Quisiera plantear dos cosas. A mi juicio, el compromiso del Estado a través del Ministerio de Salud Pública se debilita, puesto que éste pasa a ser uno menos de los que quedan a cargo del tema y el titular de la responsabilidad pasa a ser el Ministerio de Desarrollo Social. Ese compromiso que, por lo menos en lo jurídico, es fuerte, claramente se debilita y eso nos parece que no es positivo.

Otra cosa que es importante es el aspecto de la coordinación al que aludía la señora Senadora Dalmás. ¿Por qué? Porque la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado ya es un ámbito de coordinación. Por supuesto, está presidida por un delegado del Ministerio de Salud Pública, pero también participan los Ministerios de Educación y Cultura y de Trabajo y Seguridad Social, la ANEP, el Congreso de Intendentes, dos Facultades de la Universidad de la República y el INAU. A su vez, en el proyecto de ley en vías de aprobación, se agrega un delegado del Banco de Previsión Social y otro del Banco de Seguros del Estado. Quiere decir que el ámbito de coordinación ya existe y me parece que no ganamos nada al trasladarlo a la órbita de un Ministerio que también va a cumplir una tarea de coordinación.

Entonces, queda claro que se trata de una redundancia, porque se va a coordinar algo en el ámbito de los delegados en la Comisión Nacional Honoraria, y luego se dará cuenta al Ministro de

Desarrollo Social, quien posteriormente coordinará con los demás entes. Tal como dije anteriormente, creo que se están complicando las cosas y debilitando el vínculo con el Ministerio de Salud Pública, que creo es el más interesante.

He dicho hasta el cansancio que estoy de acuerdo con que este es un trabajo multidisciplinario y que requiere esfuerzos y aportes de todos, pero dentro de la gama de roles a jugar hay uno que se destaca, y es el del Ministerio de Salud Pública. Entonces, se debilita el rol que más interesa y se duplica la coordinación, por lo que me parece que esto es un retroceso.

SEÑOR ANTIA.- El señor Subsecretario hizo referencia a que la ley de iniciativa privada podía ser para inversiones en dos hospitales en forma prioritaria, pero que las policlínicas de atención primaria eran motivo de inversión del Ministerio. Me gustaría que precisara esto, si le es posible en el día de hoy, o de lo contrario que nos diera una información sobre cuál va a ser la política de inversiones y las prioridades con nombre y apellido, es decir, los lugares concretos donde van las oficinas de atención primaria. Me parece que este es un insumo importante para poder ir pensando todo el tema de la salud a posteriori.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- En realidad, yo me refería a la red de primer nivel de atención particularmente en el interior del país, porque en Montevideo hay una estructura que hay que mejorar y fortalecer en términos de su planta física, pero que es bastante extendida y cubre áreas de responsabilidad programática que ya están bien establecidas.

En cuanto a los lugares donde se está estableciendo la red de primer nivel de atención, no tengo aquí el relevamiento general, pero sí puedo decir, con carácter absolutamente general, que en todos los departamentos está previsto establecer redes de atención con la característica de tener centros que se organicen por distintos niveles de complejidad y que haya un buen sistema de referencia y contrarreferencia. En este sentido quiero agregar que el día lunes firmamos un convenio con el Intendente Municipal de Salto, Ramón Fonticiella, justamente para hacer un esfuerzo de complementación entre la Intendencia y el Ministerio de Salud Pública en el sentido de generar la presencia de recursos humanos. A estos efectos se van a utilizar plantas físicas donde puedan vivir los médicos que van a trabajar en esos lugares.

Hay que tener en cuenta que a veces estamos hablando de localidades que están a una gran distancia de la capital departamental y que tienen importantes problemas de accesibilidad. Para eso estamos armando, entonces, una red con gran extensión. Pero este relevamiento existe; de hecho, estamos fortaleciendo 330 centros de salud a través de un programa de cooperación con la República de Italia, por el cual vamos a dar a estos centros de salud capacidad de resolutividad con ecógrafos, con otoscopios, con distintos equipamientos básicos de primer nivel. Si queremos cambiar el modelo de atención no basta con una declaración de intenciones; tenemos que avanzar en la construcción de una red asistencial con capacidad resolutiva.

Por ejemplo, en el caso de los puestos de salud en localidades alejadas de las capitales departamentales, la idea es que la policlínica esté con la casa habitación del médico, de manera tal de poder fortalecer un ámbito de permanencia del equipo de salud con esa localidad. Está demostrado históricamente que esto tiene una potencia muy grande en términos sanitarios, porque hay estudios multicéntricos que demuestran que el 85% de los problemas de salud se pueden resolver en el primer nivel de atención.

En definitiva, la lista es muy extensa, pero puedo comprometerme a que los señores Senadores tengan, en los próximos días o semanas, la información de cuáles son los centros de salud que se están proyectando y cuáles son los que están hoy en la red asistencial. Allí seguramente hay desde obra nueva hasta mejoramiento de obra ya existente. Además, muchas veces estas policlínicas se van a articular, dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud, con el subsector privado. De hecho, en algunas comunidades alejadas del interior, las cooperativas médicas que actúan ya lo hacen de manera coordinada con ASSE. En estos casos, no tiene sentido que los recursos de Salud Pública se dupliquen a los recursos de las cooperativas médicas y, entonces, hay convenios de entendimiento en el marco de este tema, para integrar el sistema público con el privado. Además, pensamos que este es un diseño muy interesante,

pensando que la atención de salud y su calidad debe ser una sola para todos los ciudadanos. En ese sentido, la condición de prestador estatal o privado -sin fines de lucro, en muchos casos- no debe significar una barrera para la complementación de servicios y para la articulación entre la esfera pública y la privada.

SEÑOR ANTIA.- Justamente, nos gustaría tener la información que el señor Subsecretario se está comprometiendo a enviar, porque es uno de los puntos que nos está faltando para visualizar dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud, para ver cómo se realizará la atención primaria. Mi pregunta iba en ese sentido y, entonces, quedamos a la espera de la información que proporcione el Ministerio.

Por último, no me quedó claro cuánto sería el presupuesto inicial estimativo previsto para el Centro Uruguayo de Imagenología Molecular.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- Esa información figura en el Capítulo "Subsidios y Subvenciones", concretamente en el artículo 282, donde se establece una partida de $ 48:960.000 que representan, aproximadamente, US$ 2:000.000. Esta es la inversión inicial para un proyecto que implica -lo decíamos al inicio de la sesión, cuando presentamos este artículo- un equipamiento muy completo, con un altísimo costo. En este aspecto, pensamos que se pueden establecer los compromisos de implantación con partidas que seguramente van a ir completando las necesidades presupuestales globales que, en principio y en una primera estimación, estarían en el orden de los US$ 6:000.000, teniendo en cuenta la obra civil y el equipamiento.

SEÑOR ANTIA.- ¿Qué cantidad de funcionarios y técnicos trabajarían en este Centro? Hago esta pregunta para visualizar un poco mejor este tema, porque realmente no lo conozco.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- Cabe aclarar que recién se está incorporando en los distintos centros del mundo, esta técnica de imagenología de ciclotrones y de PET. Por lo tanto, los costos principales están en el equipamiento que, además, requiere, por trabajar con medicina nuclear, un conjunto de condiciones de seguridad que también incrementan los costos de la obra civil. Por otro lado, el recurso humano del proyecto original tenía un total de 10, 20 y 30, para los años sucesivos. En las etapas iniciales, estamos hablando de un recurso humano muy calificado y pequeño, porque el elemento principal es el equipamiento. La idea que tenemos es que este Centro sea un lugar de formación.

Hay que tener en cuenta que una cosa es lo que va a financiar el Centro y otra distinta -que es lo estratégico de este planteamiento- es el ingreso de la tecnología. Ésta siempre llega, pero el asunto radica en que lo haga a través del sector público de una manera racional y no de forma irracional, que luego termina pagando el sistema. Por lo tanto, el recurso humano va a estar financiado por el Centro; en el primer año será del orden de las 9 ó 10 personas -como figura en el proyecto original- y va a tener un "in crescendo" en la fase de implantación del Centro.

Una cuestión fundamental a destacar es que este proyecto tiene un alto valor científico y técnico, con un enfoque interdisciplinario donde están involucradas la Facultad de Ciencias -de una manera muy fuerte-, la de Ingeniería, la de Medicina y la de Química.

SEÑOR PENADES.- Estábamos analizando el artículo 224 -que es el que establece los órganos del Centro Uruguayo de Imagenología Molecular- junto al señor Senador Antía y observamos que allí se fija la participación en el Consejo Honorario de Administración y Coordinación de un representante de la Universidad de Upsala, Reino de Suecia. Imagino que el motivo de esta incorporación se debe a que es quien aporta financieramente o quizás a un convenio de colaboración, pero quisiera que se nos explicara por qué se dispone que el representante sea de la Universidad de Upsala y no un representante de universidades con las que oportunamente se puedan firmar convenios, etcétera.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- El carácter de relativamente reciente e innovador en muchos aspectos de esta tecnología lleva a que, en general, el desarrollo esté ligado en una primera etapa a centros de referencia. A nivel mundial, la Universidad de Upsala es un centro de referencia en el desarrollo del PET-ciclotrón y, por lo tanto, todos los componentes de transferencia tecnológica que pueda hacer

esta Universidad se vuelven elementos sustantivos para el proyecto. No escapa a este hecho, además, que el promotor de esta iniciativa en el país es el científico uruguayo Henry Engler, que es el Director de la Universidad de Upsala en este tema, por lo que pareció absolutamente razonable establecerlo así.

Uno de los objetivos que figura en el literal D) del artículo 223, refiere al intercambio académico con otros centros internacionales. Hay que tener en cuenta que esto aún no tiene un gran desarrollo, y no estamos hablando de que la opción sea entre la Universidad de Upsala y otros cien centros. Probablemente sean muy pocos, por lo que parece razonable que en una primera etapa se establezca así, tanto por el tema de la transferencia tecnológica como por el de apoyo de técnicos y especialistas.

Cuando anteriormente hice referencia al recurso humano omití incluir al que seguramente va a aportar la Universidad de Upsala, formando parte de la conducción de este tema. Estamos hablando de la misma modalidad que estableció el Instituto Pasteur del Uruguay. Estos casos se diferencian de otros donde, evidentemente, la institucionalidad debe estar muy claramente establecida con independencia de lugares de orígenes. Estamos hablando de una Universidad que ha sido de punta particularmente en el desarrollo de un componente al que le damos una gran importancia por el perfil epidemiológico que tiene el país: me refiero al desarrollo en el campo de las enfermedades neurológicas crónicas degenerativas. Reitero que la Universidad de Upsala tiene uno de los mayores desarrollos en este tema y Henry Engler, sin duda, es uno de los científicos que más está trabajando en la relación entre PET-ciclotrón y el mal de Alzheimer.

SEÑOR PENADES.- Entonces, ¿la participación en el Consejo Honorario de Administración y Coordinación Académica de un representante de esta universidad es una necesidad "sine qua non" para la colaboración de la Universidad de Upsala con el instituto que se crea? ¿Es una gentileza que se tiene con una universidad con la que se va a tener este intercambio debido a que hay un científico uruguayo en la dirección de dicho instituto en Suecia? ¿Se ha firmado un convenio en el que se establece que es necesaria la participación de un representante en el Consejo Honorario de Administración y Coordinación Académica? Si se trata de un gesto de amabilidad, me parece correcto y no lo estoy cuestionando; simplemente, me llama poderosamente la atención que en un proyecto de ley se establezca la participación de una sola universidad y de un representante extranjero. Reitero que no me parece incorrecto, sino innovador, y por eso quería conocer los motivos de dicha participación.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- Sin duda hay mucho de lo que decía el señor Senador, pero lo que vuelve inexcusable la participación de la Universidad de Upsala es el fuerte componente técnico que tiene el elemento de transferencia tecnológica, sin el cual no sería fácil poner en marcha este tipo de emprendimiento. Defendemos fuertemente la soberanía en materia tecnológica, pero sabemos que para tenerla, para alcanzarla, para poder ejercerla, tenemos que unirnos con aquellos que tienen diseños que nos permitan avanzar. En cualquier caso, efectivamente, hay acuerdos de entendimiento entre el Gobierno del Uruguay y la Universidad de Upsala, que serán requisitos imprescindibles una vez que este Centro Uruguayo de Imagenología Molecular sea aprobado por el Parlamento Nacional.

SEÑOR ANTIA.- Más allá de que es cierto lo que acaba de decir el señor Subsecretario referente a la participación de diferentes universidades, me da la sensación de que es correcto que en la etapa inicial este proyecto -que es importante desde el punto de vista científico- dependa del Ministerio de Salud Pública, pero me parece que es un proyecto típico para un convenio y una dependencia de la Universidad de la República. De esta manera colaboraría con la formación de técnicos en todo el país a fin de que esa tecnología aplicada pueda ser derramada sobre la sociedad. No sé si eso se puede prever en una etapa posterior o si ya se podría nombrar a un representante de la Universidad de la República como Presidente de esa Comisión y no como un mero observador. Creo que habría que llevar a ese centro hacia una integración dentro del área de investigación de la propia Universidad.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- Efectivamente, en el artículo 223 se establece la creación del Centro como persona jurídica de derecho público no estatal, y cuando se generan estas figuras -los señores Senadores lo saben mejor que yo-, se hace a través del Poder Ejecutivo, o sea del Ministerio de Salud Pública. Por tanto, el mismo hecho de que se defina la figura jurídica de derecho público no estatal nos orienta respecto a este tema.

Mas allá de eso y del papel indudable como promotor que tuvo el científico uruguayo Henry Engler, se trata de un proyecto que ha sido trabajado con la Cátedra de Medicina Nuclear, en total acuerdo, consonancia e involucramiento de la Universidad de la República. Diría que es uno de los tantos proyectos que tenemos que construir en el país en los que la Universidad y el Estado tienen una fuerte implicación; quizás siempre deberían haberla tenido pero, lamentablemente, muchas veces no aconteció. Entiendo que en este tema, el Ministerio de Salud Pública y el Poder Ejecutivo han actuado con una enorme apertura al interactuar con la Universidad. Prueba de ello es que no sólo en este proyecto, sino en el de mejoramiento y fortalecimiento del Hospital de Clínicas, además de haber gestionado el préstamo de la República Bolivariana de Venezuela, también se incorporó la donación del préstamo italiano de un resonador nuclear magnético y de un tomógrafo, que es una transferencia de US$ 2:300.000 de un préstamo para el fortalecimiento del sector público uruguayo, que realiza el Ministerio de Salud Pública al Hospital de Clínicas.

También me parece importante señalar que, además, el Ministerio de Salud Pública gestionó, junto con el de Industria, Energía y Minería. -en el proyecto del PET también intervino dicho Ministerio- y, por tanto, estamos trabajando con la idea de que no se trata de un problema de los Ministerios, sino del país. Entonces, cuando el Ministerio de Industria, Energía y Minería interviene en el tema, es por la relación de tener un PET-ciclotrón con el desarrollo de la industria de medicamentos o con la validación de éstos en términos de su efectividad, pues este sistema permite detectar cuantitativamente con qué intensidad actúa un medicamento en un órgano, lo que es algo que precisa enormemente la industria farmacéutica para evaluar los resultados de una medicación antes de ponerla en etapa de comercialización. Como verán, esto tiene un valor impresionante para la región.

No me quiero ir del tema, pero quisiera señalar que a la Universidad también se le está haciendo una donación de US$ 600.000 para un acelerador lineal para el programa de oncología del Hospital de Clínicas. Es decir que estamos trabajando con una enorme apertura hacia la Universidad y, en este caso, el hecho de que el Centro Uruguayo de Imagenología Molecular, más allá de su autonomía, porque es una persona jurídica de derecho público, tenga un vínculo a través del Ministerio de Salud Pública -aunque naturalmente con esta integración amplia en la que también entra la Agencia Nacional de Investigación e Innovación-, es importante. Por tanto, me parece que estamos dando un perfil bastante adecuado acerca de lo que es este avance que el país va a realizar en materia tecnológica y científica.

SEÑORA PRESIDENTA.- No habiendo más preguntas, agradecemos al señor Subsecretario y a sus asesores por la comparecencia y realizamos breve un cuarto intermedio hasta la hora 11, a fin de recibir al Ministerio de Desarrollo Social.

(Así se hace. Es la hora 10 y 45 minutos).